FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939 N°

THÈSE

1359

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Roger CASTERAN

Né le 18 Février 1913 à Prunay-Cassereau (L.-et-C.)

L'Opération de Moreschi-Reclus dans le traitement curatif des grands ulcères variqueux

Président : GOSSET, *Professeur.*

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI^e^

1939

1220

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Roger CASTERAN

Né le 18 Février 1913 à Prunay-Cassereau (L.-et-C.)

L'Opération de Moreschi-Reclus dans le traitement curatif des grands ulcères variqueux

Président : GOSSET , *Professeur.*

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED
24 rue Monsieur-le-Prince VI·

1939

LE DOYEN. . . . . **TIFFENEAU**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER. CARNOT. CLERC. Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO. GOSSET. GREGOIRE. LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. JEANNIN. LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD. HOVELACQUE. MULON. OLIVIER. SANNIE. VERNE.

R.UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (H.) .	Pathologie médicale.
BERNARD (E.) .	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ...	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.	
LANTUEJOUL .	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
Mlle J. LEVY ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiâtrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Opthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER .	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ...	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
SCHWARTZ ..	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL .	Obstétrique.

VI. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.

ALAJOUANINE
AUBERTIN
BRULE
CHABROL
DONZELOT
DUVOIR
LIAN
PASTEUR-VALLERY-RADOT
SEZARY

} Clinique médicale.

MM

BASSET
BROCQ
CADENAT
GATELLIER.
MOURE
QUENU
VELTER

} Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE
METZGER

} Clinique obstétricale.

V — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé . Education physique
LEDOUX-LEBARD ..... Radiologie clinique
RUPPE ..... Stomatologie
WEIL-HALLE ..... Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE TRES CHERE DE MA MERE

A MON PERE

A MES GRAND-MERES

A MES ONCLES ET TANTES

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur A. GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté

Membre de l'Académie de Médecine

Membre de l'Institut

Grand Officier de la Légion d'Honneur

En remerciement du grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Pierre ERRARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Chirurgien de l'Hôpital de Vendôme

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et conseillé au cours de ce travail.

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

et à l'Ecole de Médecine de Tours

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

et à la Faculté de Médecine de Paris

A MES AMIS

INTRODUCTION

Ce travail ne concerne que le traitement chirurgical des *grands ulcères variqueux,* c'est-à-dire ceux qui par la lenteur désespérante de leur cicatrisation, ou la fréquence de leurs récidives font de ces malades de véritables infirmes.

L'abondance et la variété des traitements tous plus ou moins miraculeux est la preuve qu'il n'existe pas un traitement médical curatif des grands ulcères de jambe.

En 1913-14, à l'Hôtel-Dieu de Paris, le professeur Reclus, appliquant, en la perfectionnant, l'opération de Moreschi, obtenait dans son service de véritables cures, durables dans leurs résultats.

En 1921-22, des communications de de Nabias et d'Alglave à la Société de Chirurgie remirent en honneur cette opération de Moreschi-Reclus. Depuis cette date, l'absence de communication sur ce sujet fait penser que cette intervention est tombée dans l'oubli.

En fait, nombre de chirurgiens dédaignent cette intervention qui soulage un infirme et rend un service aussi important que l'ablation de certains appendices ou la cure d'une hernie.

Or, guérir chirurgicalement en un mois un ulcère de jambe qui persiste depuis 3, 4 et 8 ans; rendre à ces malheureux infirmes une existence normale, cela mérite bien de la part des chirurgiens de carrière le petit effort d'une intervention simple, bénigne et fertile en résultats heureux.

En un an, dans le service du Docteur Errard, chirurgien à Vendôme, j'ai assisté à 5 de ces interventions dont j'ai pris les observations. Ce sont ces documents inédits qui sont à l'origine de ce travail.

Qu'il me soit permis ici d'en remercier de tout cœur le Docteur Errard pour l'aide précieuse qu'il m'a apportée dans l'élaboration de cette thèse.

DESCRIPTION CLINIQUE

Les altérations qui conduisent à l'ulcère variqueux de la jambe sont le plus souvent bilatérales, mais elles évoluent rarement d'une façon simultanée sur les deux membres inférieurs.

A. — *Phase préulcéreuse.* — Nous passerons rapidement sur la bénigne période de cette phase.

Le variqueux des membres inférieurs présente de l'œdème de jambe, puis de la pigmentation et des altérations de dermite atrophique à la face interne du tibia, la peau à ce niveau est lisse, luisante, sèche et squameuse. Elle est cependant mobile sur les plans profonds.

Plus tard le derme tendu sur l'arête tibiale devient malaisé à saisir entre les deux doigts. Il s'établit une sorte de bracelet de peau amincie, pigmentée, parcheminée, qui occupe le tiers inférieur de la jambe. Bientôt des macules purpuriques apparaîtront sur cette zone préulcéreuse.

Les troubles de sensibilité tactile et thermique sont habituels : ils traduisent la névrite des nerfs superficiels de la jambe.

Si nous insistons sur cette phase préulcéreuse, c'est qu'elle met bien en évidence le terrain sur lequel évoluera l'ulcère.

Deux facteurs principaux sont entrés en jeu :

L'un *circulatoire* = stase veineuse et *stase lymphatique.*

L'autre *nerveux* = névrite atteignant au début les troncs des nerfs sensitifs superficiels, en particulier le rameau jambier du nerf saphène interne.

Ces deux éléments combinés réaliseront les troubles trophiques du membre inférieur du variqueux.

B. — *Phase ulcéreuse.* — L'ulcération peut survenir *brusquement* par suite d'un léger traumatisme, ou le frottement d'un pantalon.

Parfois, c'est après une phase de dermite variqueuse que s'installe l'ulcère.

Cette dermite peut se compliquer d'inflammation plus aiguë d'allure erysipélateuse, LE STREPTOCOQUE ETANT L'HOTE HABITUEL DES ULCERES DE JAMBE.

Mais, le plus souvent, l'ulcère succède à une *longue phase d'eczéma variqueux.* En un point du placard éruptif apparaît une vesico-pustule que le grattage arrache et dont le fond, légèrement ulcéré, est masqué par une petite croûte. Sous cette croûte s'installe et s'agrandit l'ulcère de jambe.

Cet ulcère, qui siège à la face interne de la jambe au-dessus de la malléole interne va prendre son aspect définitif :

— Elliptique à grand axe vertical, à fond rouge ou gris, saignant facilement.

Il donne une secrétion abondante, parfois fétide quand les soins de propreté sont insuffisants.

Les bords de l'ulcère se *continuent avec le fond,* il est rare dans l'ulcère variqueux de jambe que les bords soient taillés à pic ou décollés.

Mentionnons brièvement : les troubles de la sensibilité tactile et thermique au niveau de l'ulcère, l'anesthésie de la piqûre, retard de la sensation thermique.

A ce stade initial, l'ulcère d'un ou deux centimètres carrés peut guérir médicalement par le repos, les bottes de pâtes de Unna, mais la récidive est fréquente et le malade, lassé par des échecs thérapeutiques successifs, laisse évoluer l'ulcère, le panse souvent, dans les campagnes, d'une façon fantaisiste : vieux linge et papier de journal. C'est ainsi qu'un jour il se présente à la consultation l'ulcère atteignant de vastes dimensions, 10 centimètres de long sur 4 ou 5 de large; il peut parfois même intéresser toute la circonférence de la jambe à son tiers inférieur.

L'ulcère se présente alors avec des bords infiltrés et durs qui se continuent par une pente rapide avec le fond constitué par des bourgeons grisâtres, recouverts d'une couenne d'odeur fétide.

L'œdème périulcéreux, l'infiltration en bloc des parties molles peut enfin aboutir au pseudo éléphantiasis ulcéreux.

Les microbes pullulent sur l'ulcère arrivé à ce stade.

Les recherches de Bukowsky montrent qu'on rencontre sur ces ulcères la flore la plus banale : le bacille pyocyanique, les staphylocoques, le bactérium coli, le proteus, le pneumobacille de Friedlander, puis encore le micrococcus albus, le micrococcuc sulfureus, le bacillus tumesceus, le subtilis, des sarcines — mais, en fait, un seul de ces microbes est à rechercher systématiquement : c'est le STREPTOCOQUE. Lui seul jouera un rôle capital dans l'infection secondaire de l'ulcère, dans les réactions lymphatiques locales ou à distance. Tous les troncs

lymphatiques partant de l'ulcère et remontant vers la racine de la cuisse en suivant le pédicule de la veine saphène interne sont infectés, ainsi que nous avons pu le constater dans l'intervention de Moreschi. C'est là une notion importante à connaître, nous reviendrons plus loin sur ce point.

C. — *Mode de cicatrisation de l'ulcère.* — Une perte de substance cutanée se cicatrise normalement en *trois stades.*

1° Tout d'abord formation de capillaires jeunes autour desquels le tissu conjonctif se transforme en tissu de granulation riche en cellules.

2° Puis il se fait une prolifération karyokinétique de l'épithélium bordant l'ulcère avec formation de travées épithéliales et adhérence intime de l'épithélium et du tissu conjonctif.

3° Enfin les vaisseaux disparaissent et il se forme de la substance collagène qui remplace le tissu de granulation et le tissu de cicatrice s'organise, se constitue de la périphérie vers le centre de l'ulcération.

Dans l'ulcère de jambe, la formation du tissu de granulation et des néocapillaires est retardée par les troubles circulatoires existant sur le membre variqueux et par *la sclérose du derme préexistant sur l'ulcère.*

La formation du liseré d'épidermisation est difficile. Les mitoses cellulaires sont rares. Il ne se forme pas de couche de cellules cylindriques. La prolifération des travées vers la profondeur se fait d'une manière trop incomplète pour déterminer la formation de papilles.

Enfin le moindre traumatisme suffit à détruire cette mince couche d'épidermisation.

Ces notions simples d'anatomie pathologique montrent bien que pour les grands ulcères de jambe dépassant 4 centimètres carrés on ne peut compter sur une cicatrice solide.

L'épiderme néoformé repose en effet sur un tissu cellulaire sclérosé et bien souvent la cicatrice adhère au plan fibreux de l'aponévrose jambière avec laquelle elle fait bloc.

Cette notion est capitale : une cicatrice non mobile, mal irriguée doit fatalement se fissurer et amorcer la récidive de l'ulcère.

De tout ce qui précède nous pouvons résumer les causes aggravantes de l'évolution des ulcères de jambe :

1° *Cause mécanique.* Dilatation veineuse déterminant une stase circulatoire dans le membre inférieur.

2° *Cause nerveuse et trophique.* Les lésions névritiques sont constantes.

Au cours d'interventions de Moreschi-Reclus pratiquées en 1921 par de Nabias, cet auteur a prélevé des fragments de la branche jambière du nerf saphène interne.

Le fragment nerveux fut examiné par le Docteur Lhermitte :

« Le nerf fixé au formol fut coloré au moyen de la méthode de Bielchowsky qui permet d'avoir une coloration élective à l'argent des cylindres-axes. Le nerf fut soumis à la dissociation de façon à pouvoir suivre aisément les fibres nerveuses. »

De cet examen, il découle que :

« Les grosses fibres à myéline présentent des cylindres-axes gonflés, moniliformes avec varicosités irrégulières; d'autres apparaissent fragmentées, granuleuses avec

morcellement de la myéline. Certaines gaines sont vides de myéline et de cylindres-axes.

« En somme dégénérescence cylindraxile ancienne névrite parenchymateuse), lésions de névrite sur lesquelles les remarquables travaux de Quenu et Sejournet avaient jadis attiré l'attention, sans toutefois disposer des méthodes de coloration moderne.

« Mais ce qui a frappé tout spécialement M. Lhermitte, c'est que parmi ces fibres généralement dégénérées, il a rencontré des *fibres fines* en excellent état, entourées d'une fine gaine de Schwann avec, de place en place, des noyaux réguliers. Ce sont des fibres que M. Lhermitte considère comme des fibres sympathiques et qui ne présentent pas de processus inflammatoire.

« De là à émettre l'hypothèse que dans ce cas il y aurait permanence de l'arc sympathique allant à la région de l'ulcère alors que l'arc du système cérébro-spinal était lésé et que par conséquent l'harmonie entre les deux systèmes était détruite, il n'y avait qu'un pas. Or, vous savez que M. Nageotte, à qui la chirurgie doit tant, a dans une communication montré l'importance de cet équilibre entre l'excitation et le fonctionnement des fibres cérébro-spinales et des fibres sympathiques.

« Dans ses expériences sur le lapin, il a montré que la section du sciatique produit une escarre du talon, alors que l'arrachement du même sciatique (qui en détruisant les rami-communicantes supprime l'action du sympathique) ne donne pas de troubles trophiques.

« Nous nous sommes demandés si la section du saphène interne ne réalise pas une véritable neurotomie sympathique. »

(*Loc et Proust. Société de Chirurgie,* 8 *juin* 1921.)

Secondairement la complication ulcéreuse et l'infection de l'ulcère réagiront à distance sur l'état général du malade, frapperont son endocarde, son rein, son foie. Ils en feront un infecté chronique. Aussi, avant de commencer un traitement d'ulcère, il est indispensable d'examiner à fond l'état général du sujet et en particulier d'étudier la valeur fonctionnelle du foie et du rein : urée sanguine, glycémie. Examen complet des urines.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ULCERES DE JAMBE

Ce traitement est connu sous le nom d'opération de Moreschi.

Elle aurait été conçue dans le but « d'interrompre et de diviser la colonne sanguine qui, par son poids, distend les parois veineuses et les altère, et aussi d'atteindre les nerfs malades. »

Suivant les points précisés par Alglave en juin 1921, cette opération comprend trois temps :

1° Une incision circonférencielle faite à 4 centimètres au-dessus de l'ulcère jusqu'à l'aponévrose jambière que l'on dénude sur plusieurs centimètres d'étendue.

2° Une incision d'un centimètre au-dessus des malléoles permettant de lier les veines tibiales antérieures et postérieures.

3° Des greffes dermo épidermiques sur la surface de l'ulcère.

Moreschi ne suturait pas ses incisions et laissait les plaies se réunir par seconde intention.

Reclus a modifié cette opération en pratiquant l'incision circulaire au niveau de la *jarretière jusqu'à l'aponévrose jambière* en sectionnant et liant les veines, en sectionnant le nerf saphène interne et en suturant *l'incision cutanée.*

Dans les interventions pratiquées par le Docteur Errard, la technique s'est trouvée légèrement modifiée. Avant d'en exposer les détails techniques, il est bon de faire un court rappel anatomique.

RAPPEL ANATOMIQUE

La circulation veineuse superficielle du pied se résume en deux veines dorsales, l'une externe, l'autre interne qui aboutissent :

La dorsale interne à la saphène interne.

La dorsale externe à la saphène externe.

La saphène externe passe *en arrière* de la malléole externe, suit le bord externe de la saillie du tendon d'Achille, puis vient se placer médiane postérieure dans la vallée peu profonde limitée par la saillie des muscles jumeaux. C'est là que *sous-aponévrotique* ou sous un *dédoublement de cette aponévrose,* elle gagne le creux poplité et formant une crosse, vient s'aboucher dans la veine poplitée (circulation veineuse profonde). A ce niveau elle émet un canal anastomotique qui remonte vers la face postérieure et interne de la cuisse pour gagner la veine fémorale. La veine saphène externe est rarement variqueuse et l'ulcère variqueux de jambe siège exceptionnellement sur tout le territoire de cette veine ou de ses affluents. Il en est tout autrement pour la veine saphène interne.

Cette grosse veine née de la veine dorsale interne passe *en avant* de la malléole interne, monte verticalemnt à la face interne de la jambe pour gagner le côté interne du genou et de là remonte vers la face antéro interne de la cuisse jusqu'à son abouchement dans le triangle de Scarpa dans la veine fémorale. Dans sa position jambière la veine sus-aponévrotique reçoit la majeure partie des veines superficielles de la partie anté-

rieure et interne de la jambe, c'est dire que les 2/3 de la circulation veineuse superficielle jambière aboutissent à la saphène interne.

Les troncs lymphatiques superficiels accompagnent la veine saphène interne.

Enfin et surtout, suivant la saphène interne, *une branche du nerf crural, le nerf saphène interne* qui a quitté le pédicule fémoral au niveau du canal de Hunter en perforant la paroi antérieure de ce canal, croise ensuite le tendon du 3e adducteur, descend derrière ce tendon jusqu'à la face postérieure du condyle du fémur, gagne le bord antérieur ou interne du couturier et au niveau de l'interligne articulaire s'insinue entre le tendon du couturier et du droit interne. C'est alors qu'il devient superficiel après avoir perforé l'aponévrose jambière. Il est situé contre la tubérosité interne du tibia et atteint la veine saphène interne. Là il se divise en deux branches, l'une rotulienne antérieure, l'autre jambière inférieure.

Cette branche jambière située *en avant* du tronc de la veine saphène interne décrit ainsi une courbe à concavité antérieure, contournant le plateau tibial interne.

Au niveau de la jointure, c'est-à-dire à 3 travers de doigt au-dessous de l'interligne articulaire, la branche jambière du nerf saphène interne est toujours *en avant* du tronc veineux. Le nerf est situé sur *un plan plus profond* que la veine, c'est-à-dire plus collé à l'aponévrose jambière. Cette notion anatomique est importante dans la recherche opératoire de la branche jambière du saphène interne au cours de l'opération de *Moreschi Reclus*.

TECHNIQUE OPERATOIRE PRATIQUEE PAR LE DOCTEUR ERRARD

Dans toutes les interventions pratiquées par le Docteur Errard, ce chirurgien se contente d'une incision en jarretière n'intéressant que la face antéro interne de la jambe à son tiers supérieur.

Cette incision transversale est tirée à 4 travers de doigt au-dessous de l'interligne articulaire du genou. Elle part de la tubérosité tibiale antérieure en avant pour se terminer en arrière sur la ligne médiane prolongeant l'axe du creux poplitée.

Cette incision est menée *à fond jusqu'à l'aponévrose* jambière, les affluents veineux de la saphène interne sont liés, mais le tronc veineux de la saphène interne est isolé et réséqué sur *4 centimètres.*

En avant de ce tronc veineux, et plus profondément que lui, collé à l'aponévrose jambière, on voit apparaître le cordon nacré du nerf saphène interne qui est isolé à la sonde cannelée et réséquée sur 3 ou 4 centimètres, le plus souvent une artériole accompagne le nerf et doit être liée.

Cette intervention simple est faite à l'anesthésie locale, *sans adrénaline.*

Le tissu cellulaire étant soigneusement hémostasié, on suturera la peau, aux crins, mais l'expérience nous a montré que *toujours il faut drainer ce tissu cellulaire qui est infiltré et infecté,* car la suture du pédicule veineux de la saphène interne entraîne la section des troncs lymphathiques qui, toujours septiques dans les ulcères variqueux, risquent d'infecter la plaie opératoire.

Un petit drain laissé en place 4 jours donnera le plus souvent une sérosité septique.

L'incision en jarretière constitue le premier acte de la cure du grand ulcère variqueux de jambe.

Nous avons volontairement négligé la ligature prémalléolaire interne de la saphène en amont de l'ulcère.

Cette ligature pratiquée trop près de la zone ulcéreuse n'améliore pas le succès thérapeutique et risque de provoquer une réaction inflammatoire du 1/3 inférieur de la jambe et du pied.

Le 2e acte de ce traitement peut être pratiqué dans le même temps opératoire si l'ulcère est traité, désinfecté avant l'opération. Parfois c'est en deux temps qu'on opérera :

1er temps, résections veineuse et nerveuse.
Puis désinfection de l'ulcère.
Puis greffe.

Traitement local. — Avant de pratiquer une greffe épidermique de l'ulcère de jambe, il faut :

1° Que la flore microbienne à la surface de l'ulcère ne contienne pas de streptocoque.

2° Que le fond de l'ulcère soit rouge, bien détergé et que l'on voit apparaître la formation de capillaires jeunes autour desquels le tissu conjonctif se transforme en tissu de granulation riche en cellules.

3° Que le liseré d'épidermisation apparaisse sur les bords de l'ulcère.

Négliger ces trois points essentiels, c'est s'exposer à un échec de la greffe épidermique.

Pour réaliser ces trois conditions il faut maintenir :

1° Le malade strictement couché.

2° Désinfecter soigneusement la peau de toute la jambe par un savonnage journalier au savon de Marseille, ou une solution d'oléate de soude.

Après avoir asséché à l'alcool à 90° en évitant de toucher au fond de l'ulcère, on dispose autour de celui-ci des compresses de tulle gras Lumière et sur l'ulcère on place un drain de Carrel en permettant l'irrigation discontinue au Dakin.

8 à 10 irrigations de 10 cc^3 par jour suffisent.

Traitement général. — 0,10 centigramme d'Acécoline par jour en injection sous-cutanée.

De plus, nous pratiquons tous les 4 jours une injection intra musculaire de Quinby ou Bivatol.

Même dans les cas où le *B. W.* et le Hecht étaient négatifs, nous avons pu constater que les injections bismuthiques activaient la désinfection de l'ulcère variqueux et la formation du liseré d'épidermisation.

L'injection de 6 unités d'Endopancrine semble avoir une heureuse influence également.

Dans les cas où la présence du streptocoque persiste sur l'ulcère, nous pratiquons un traitement par les sulfamides à très petites doses — 3 comprimés par jour de Neococcyl par exemple.

Le malade enfin pendant toute la durée du traitement, est soumis à un *régime lacto-végétarien.*

Quand l'ulcère traité, désinfecté a un fond rouge, granuleux et *indolore,* quand les derniers prélèvements ne montrent plus par examen direct que des microbes

banaux, quand on est certain surtout que le streptocoque n'est plus présent, on peut tenter la greffe dermo épidermique de l'ulcère.

TECHNIQUE DE LA GREFFE ÉPIDERMIQUE

Rappel anatomique.

La peau se compose de deux couches régulièrement superposées :

— *Une couche profonde* appelée *derme.*

— *Une couche superficielle* appelée *épiderme.*

La limite entre derme et épiderme est sinueuse, mamelonnée, hérissée de saillies : ce sont les papilles dermiques.

La couche profonde de l'épiderme en contact avec le derme constitue ce que l'on nomme *la couche basilaire* qui est séparée du derme par la membrane basale.

C'est de cette couche basilaire qui est génératrice de l'épiderme que dérivent les autres couches épidermiques : couches de Malpighi, couche granuleuse, couche transparente, couche cornée.

Le rasoir à greffer doit passer au niveau des papilles du terme et prélever à la fois dans la coupe les éléments de la couche basilaire et les papilles dermiques.

Si le greffon est pris trop superficiellement, sa vitalité est nulle.

Si la coupe de peau intéresse le derme, la couche basilaire mal nourrie ne pourra se fixer sur les granulations du fond de l'ulcère, la greffe se flétrira pour se résorber finalement.

MOYENS POUR PRÉLEVER LA GREFFE

Avec un rasoir à greffe ou plus simplement avec des lames très minces de rasoir mécanique fixées sur une pince de Kocher ou de Terrier, stérilisées par immersion dans l'alcool à 90°.

Les greffes sont prélevées à la face externe de la cuisse préalablement rasée et désinfectée à l'alcool.

Ensuite il est bon d'appliquer sur la face externe de la cuisse une compresse stérile imbibée de sérum salé isotonique qui ramollira la peau et permettra une coupe facile de la lame de rasoir.

Aucune anesthésie locale n'est nécessaire. La peau bien tendue d'une main, l'autre main tenant la lame parallèle à la peau entre progressivement en contact avec elle et, par un mouvement de scie, détache le copeau dermo épidermique.

Il faut veiller à ce que le copeau ne *s'enroule pas* sur la lame du rasoir, mais se fronce légèrement sur celle-ci. Quelques gouttes de sérum salé versées doucement sur le rasoir empêcheront ce petit accident opératoire.

Du côté de l'ulcère la préparation de la zone à greffer sera minutieuse.

Une dernière fois l'ulcère est lavé au sérum chaud en évitant de faire saigner les granulations du fond de l'ulcère — une hémorragie de surface compromettrait la prise des greffes.

Les bords de l'ulcère et la peau environnante sont désinfectés à l'éther ou mieux au mercurochrome en solution alcoolique à 2 p. 100.

Il ne faut pas se contenter d'une ou deux greffes sur un ulcère de 11 ou 14 centimètres carrés. Il faut recouvrir par des greffes dermo épidermiques LA TOTALITÉ de l'ulcère, les greffons formant une véritable mosaïque à bords joints masquant *la totalité* de l'ulcération jambière.

Il faut une certaine habitude pour déposer la greffe sur l'ulcère. La lame de rasoir chargée du greffon est approchée de la surface de l'ulcère et, doucement, avec une sonde cannelée mousse ou mieux une petite spatule mousse, on fait glisser le greffon de la lame de rasoir sur la surface de l'ulcère.

Il peut sembler superflu d'insister sur ces petits détails de technique qui tous ont leur importance; ce sont ces « trucs » qui s'acquièrent facilement après les mécomptes et les erreurs des premières tentatives de greffes dermo épidermiques.

Voici l'ulcère complètement recouvert de sa mosaïque de greffes. Comment allons-nous terminer le pansement?

Par un tulle gras, type Lumière, recouvert de compresses de gaze chiffonnée. Un carré d'ouate hydrophile évidé à son centre est ensuite appliqué et une bande de

crêpe est mollement serrée autour de la jambe. Il faudra protéger la jambe greffée par un cerceau et la caler dans le lit entre deux rouleaux de coton cardé.

Ne pas toucher à ce pansement avant *huit jours.*

Au 8e *jour,* on pourra avec précaution soulever le tulle gras en veillant bien à ce que les greffons ne soient pas attirés en même temps que le tulle gras.

Au 8e jour, l'ulcère apparaît complètement recouvert d'une peau rosée qui desquame légèrement : on reconnaît qu'un greffon est pris à ce fait qu'il *gonfle légèrement* et fait une légère saillie.

Un nouveau pansement au tulle gras est appliqué qui sera enlevé au 14e jour.

A la fin de cette deuxième semaine, la greffe est suffisamment solide pour n'être plus pansée qu'à la compresse chiffonnée. L'opéré peut alors être levé et peut marcher.

RÉSULTATS TARDIFS

Ils sont excellents : six mois après la greffe, la zone greffée apparaît comme une mosaïque de peau rosée, présentant une légère desquamation.

La surface greffée est *souple, mobile* sur les plans sous-jacents. La peau est enfin épaisse et prend à la longue l'aspect d'une peau normale.

Cet heureux résultat retentit sur l'ensemble de la jambe. Pour chaque cas nous avons noté la disparition

du trophisme et de l'infiltration éléphantiasique des téguments jambiers. Cet heureux résultat tient à la disparition de la zone d'infection chronique et, à notre avis, au rôle important de la résection du nerf saphène interne, cette résection agissant comme une sympathicectomie, suivant les conceptions de Leriche.

Est-il besoin de noter l'amélioration de l'état général de ces malades qui *ne souffrent plus* et qui retrouvent leur activité normale?

D'ailleurs, voici 5 observations inédites recueillies dans le service ou à la clinique du Docteur Errard, chirurgien à Vendôme.

OBSERVATIONS

Observation 1.

M^me^ H..., 60 ans, présente depuis 15 ans un ulcère variqueux à chaque jambe.

A droite, ulcère de 8 centimètres carrés à fond grisâtre, très douloureux. Infiltration éléphantiasique de la jambe.

A gauche, ulcère de 12 centimètres carrés environ, fond rouge, peu douloureux. Dans le voisinage de ce grand ulcère, immédiatement sus-malléolaire, un ulcère de 2 centimètres carrés.

Femme obèse, poussées eczémateuses des jambes, de la face et des bras.

Cette malade entre en février 1938 à l'Hôpital.

Pendant 15 jours, désinfection des deux ulcères par irrigation au Dakin. Le 17 avril 1938, l'examen du frottis ne révèle pas de strepto.

On décide d'opérer en un temps la jambe droite, incision en jarretière à l'anesthésie locale, ligature de gros troncs veineux plexiformes dans le territoire de la saphène interne.

Résection de la branche jambière du nerf saphène interne qui est infiltrée et entourée d'une gangue inflammatoire :

Suture cutanée.

Greffe totale dermo épidermique de l'ulcère.

Soins post-opératoires. — Quinby malgré le B. W. négatif. Acécoline, 0,10 centigramme par jour.

Poussée fébrile grave dûe à une infection d'allure érysipélateuse de l'incision en jarretière. On fait sauter deux points, il s'écoule un liquide puriforme contenant du streptocoque.

Irrigation discontinue de la zone opératoire à l'éther. Sulfamidothérapie. Amélioration de l'état général.

Au 10e jour, eczéma généralisé qui se calme en 3 semaines.

Du côté de l'ulcère greffé : aucun incident.

Au 25e jour après l'intervention, il n'existe aucune ulcération; les greffes sont rosées et mobiles sur les plans profonds.

On propose alors à cette malade l'opération de la jambe gauche. Bien que satisfaite du résultat opératoire, Mme H... refuse cette deuxième intervention, se trouvant trop fatiguée.

Le 1er septembre dernier elle se représente elle-même à l'hôpital et demande qu'on pratique la greffe sur la jambe gauche. Elle se félicite du résultat obtenu à la jambe droite. A cette jambe les greffes donnent une peau normale, non pigmentée, souple, aucune douleur et surtout DISPARITION DE L'INFILTRATION éléphantiasique des téguments jambiers. Absence de troubles trophiques.

Le 1er septembre 1939, je pratique à gauche un Moreschi Reclus en deux temps, à l'anesthésie locale. Je draine l'incision en jarretière, précaution qu'il ne faut jamais négliger.

L'opérée quitte l'hôpital *au* 15e *jour,* les greffes sont parfaitement prises, recouvrant l'ulcère en totalité; l'œdème de jambe diminue.

Observation 2. Docteur Errard.

Ch..., Alexandre, 54 ans, trimardeur, fait des séjours à l'hôpital pour ulcère de jambe infecté, puis quitte l'hôpital non guéri pour travailler dans les champs et au battage et souvent pour s'enivrer et, quand il n'a plus un sou, se fait réadmettre à l'hôpital pour son ulcère persistant depuis 10 ans.

Admis dans le service du Docteur Errard en août 1938, pour ulcère infecté de la jambe gauche, il présente une ulcération vaste de 12 centimètres de long sur 5 centimètres de large, ulcération pansée avec du papier de journal et des bandes molletières, ulcération infectée d'odeur putride.

Longue désinfection au Dakin pendant *2 mois. Quinby.* Insuline à petites doses car hyperglycémie à 1 g. 80. Désintoxication progressive du malade.

Le 12 *novembre* 1938, opération de Moreschi en un temps suivant la technique habituelle.

Guérison simple en 3 semaines, qui se maintient depuis malgré la vie aventureuse de cet opéré et les conditions d'hygiène douteuse dans lesquelles il se trouve.

Observation 3.

Prov..., Denise, 57 ans, présentant un ulcère variqueux de la jambe gauche depuis 10 ans.

Depuis 48 heures, il se développe au niveau de la jambe un érysipèle avec plaque nécrotique sur l'ulcère de jambe. Température 40/41. Etat général grave. Albumine.

Cette malade est amenée le 22 octobre 1938 à la clinique du Docteur Errard.

Traitement général : Rubiazol, sérum antistreptococcique. Septicémie intraveineuse. Longue période de désinfection de la lésion ulcéreuse de la jambe par l'irrigation au Dakin.

Au bout d'un mois il persiste un ulcère très vaste de la taille d'une paume de main, à fond rouge, granuleux et liseré d'épidermisation au début.

Le frottis ne montre plus la présence de strepto sur cet ulcère.

Opération de Moreschi-Reclus à l'anesthésie locale en un temps.

Guérison en trois semaines.

Malade revue régulièrement depuis cette intervention, téguments de la jambe souples, sans infiltration, aucune douleur, aucune récidive de l'ulcère.

Observation 4.

Cros..., 66 ans, cantonnier, présente un ulcère de la jambe gauche à la face interne, de la taille d'une paume de main, depuis 5 ans.

Désespéré par l'échec des thérapeutiques qui furent vainement tentées, cet homme qui vit seul à la campagne nous est amené dans un état de saleté indescriptible. L'ulcère pansé avec de vieux linges fixés par des ficelles est infecté et présente à sa surface des débris sphacéliques, la jambe est infiltrée, les varices turgescentes. Il existe en plus un petit ulcère à la faxe externe de la jambe. L'ulcère principal a 14 centimètres de long sur 5 à 7 centimètres de large.

Traitement préopératoire de 15 *jours.*

Repos. Irrigation au Dakin de l'ulcère. *Acécoline.* Quinby malgré B. W. = O.

Le 27 avril 1939, opération de Moreschi-Reclus à l'anesthésie locale.

Application de 12 greffes prélevées à la face externe de la cuisse.

Cet homme sort guéri, le 30 *mai* avec une lésion parfaitement cicatrisée qui n'a pas récidivé depuis 6 mois.

Observation 5.

Soldat E..., 33 ans, mobilisé au 30[e] régiment d'Artillerie, est envoyé à l'hôpital mixte de Vendôme pour être présenté à une commission de réforme.

Il est porteur de grosses varices de la saphène interne et d'un ulcère de 6 centimètres sur 3 centimètres à la face interne de la jambe gauche.

Cet ulcère existe depuis 4 ans, ayant succédé à une longue période d'eczéma variqueux.

Depuis 1935, cet homme qui habitait Paris a tenté vainement de nombreux traitements. Ses douleurs sont vives, surtout la nuit, il a présenté quelques hémorragies de l'ulcère et dans la maison de Commerce où il était employé à la manutention, on a dû lui confier un poste de garçon d'ascenseur.

Cet homme demande à ne pas être réformé.

L'ulcère est à fond grisâtre. Il est très douloureux spontanément et au moindre contact. L'examen de la flore microbienne ne montre pas la présence de strepto.

Pendant 4 jours, badigeonnages au mercurochrome en solution alcoolique à 2 p. 100. Ensuite irrigation au Dakin.

Le B. W. est négatif, mais on pratique tous les 4 jours une injection intramusculaire de Quinby et chaque jour une injection sous-cutanée de 0 g. 10 d'acécoline.

En 15 jours, le fond de l'ulcère est granuleux et le liseré d'épidermisation apparaît.

Opération de Moreschi-Reclus le 13 *septimbre* 1939.

Le 8 *octobre,* ce soldat complètement guéri est présenté à la commission de réforme qui le fait passer du service armé dans l'Auxiliaire et fait simplement différer de 3 mois son départ pour le front.

C'est un des résultats les plus typiques que nous ayons observé dans la rapidité et la qualité de la guérison.

CONCLUSIONS

Il résulte de cet exposé :

1° Que les grands ulcères variqueux des jambes *ne peuvent guérir* d'une *façon définitive* ou permanente par le seul traitement médical.

2° Que l'opération de Moreschi-Rectus agissant :

a) sur la stase veineuse,

b) sur le trophisme,

c) sur l'ulcère qu'on recouvre d'une peau nouvelle de vitalité normale,

donne des résultats constants de *guérison durable.*

Cette opération, peut-être trop oubliée des chirurgiens, mérite de retenir à nouveau leur attention.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU

Vu : *Le Président de Thèse,*
GOSSET

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
G. Roussy.

BIBLIOGRAPHIE

Besnier, Brocq Jacques. — Pratique Dermatologique. Ulc. de jambe, page 699. Tome IV.

Proust, Lhermitte, de Nabias. — Soc. Chirurgie, 8 juin 1921.

Cadenat. — Soc. Chirurgie, 29 juin 1921.

Alglave. — Soc. Chirurgie. Discussions, 29 juin 1921.

Hardouin et *La Pipe,* de Rennes. — Presse Médicale, 17 janvier 1906.

Poirier. — Anatomie.

Testut et *Jacob.* — Anatomie topographique.